



Este informe está autorizado por la sección 11 de la Ley de Normas Razonables de Trabajo. Aunque no es obligatorio, sí es necesario si usted desea presentar una demanda contra su empleador. Su identidad será confidencial hasta el grado máximo posible bajo la ley actual.

OMB No. 1215-0001
Expires: 30-06-2007

1. Información del demandante

A. Nombre <i>(escriba en letra de molde su nombre, inicial de su segundo nombre y apellido)</i> Sr. Sra. Srta.	B. Fecha
	C. Número de teléfono <i>(donde se le pueda contactar)</i>

D. Dirección *(Número, Calle)*

(Ciudad, Condado, Estado, Código postal)

E. Marque la caja apropiada

Empleado actual del establecimiento
 Ex-empleado del establecimiento
 Solicitante de empleo
 Otro _____
(Especifique: Familiar, sindicato, etc.)

2. Información sobre el establecimiento

A. Nombre del establecimiento	B. Número de teléfono
-------------------------------	-----------------------

C. Dirección del establecimiento *(Número, Calle)*

(Ciudad, Condado, Estado, Código postal)

D. Número aproximado de empleados	E. La compañía tiene sucursales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Si contestó "Sí" nombre una o dos de las sucursales: _____
-----------------------------------	--

F. Sector *(Escoja uno)*

Agencia pública
 Sector privado (con fin lucrativo)
 Sector privado (sin fin lucrativo)

Describe qué tipo de negocio es *(por ejemplo: escuela, finca, hospital, restaurante, zapatería, droguería, manufactura de estufas, mina de carbón, construcción, transporte de carga, etc.)*

G. Si el establecimiento tiene un contrato con el gobierno federal o con asistencia federal, marque las cajas apropiadas

Manufactura mercancía
 Suministra servicios
 Desempeña construcción
 No sé

H. ¿El establecimiento embarca mercancía o recibe mercancía de otros estados?

Sí *(describa)* _____
 No
 No sé

3. Información sobre el empleo *(Complete A,B,C,D,E, & F si usted trabajó o trabaja actualmente para el empleador del establecimiento; de lo contrario complete solamente la F.)*

A. Período de empleo <i>(mes, año)</i> Desde: _____ Hasta: _____ <i>(Si aún trabaja en la compañía escriba "presente")</i>	B. Fecha de nacimiento si usted era menor de 19 años en algún tiempo cuando trabajaba en este establecimiento Mes _____ Día _____ Año _____
---	--

C. Diga y describa el trabajo que desempeña (o desempeñaba)

(continúa al otro lado)

D. Frecuencia de pago (marque la caja apropiada)

- Semanal Quincenal Bimensual Mensual Otro

Método de pago \$ _____ por _____
 (tasa de pago) (hora, semana, mes, etc.)

E. Marque las horas que usted generalmente trabaja (o trabajaba) diariamente o semanalmente (no cuente las horas de descanso)

L	M	M	J	V	S	D	Totalidad

F. Marque las cajas apropiadas y explique brevemente abajo las prácticas de trabajo que usted cree que violan las leyes laborales de la División de Horas y Sueldos. (Si necesita más espacio use una hoja adicional y entréguela con este formulario.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No paga el sueldo mínimo federal (explique abajo) | <input type="checkbox"/> Deduciones excesivas o despido a causa de un embargo de sueldo (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> No paga por horas en exceso de 40 horas (explique abajo) | <input type="checkbox"/> Emplea menores bajo la edad laboral mínima, por horas excesivas, o en cargos ilegales (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> No paga la tasa de pago prevaleciente/beneficios suplementarios para el gobierno federal o contratos asistidos por el gobierno federal (explique abajo) | <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA-en inglés) (complete G abajo) |
| | <input type="checkbox"/> Otro (explique abajo) |

Explicación:

G. Elegibilidad para la Ley de Ausencia Familiar y Médica

- (i) Número de horas trabajadas por el empleado doce meses antes de empezar La Ausencia Familiar y Médica _____
- (ii) El empleado trabaja en una localidad donde hay un mínimo de 50 empleados dentro de un área de 75 millas Sí No
- (iii) Razón de la ausencia: (marque una)
- Nacimiento de un niño Adopción o colocación de niños adoptivos Estado grave de salud del empleado
- Cuidado de un esposo, hijo(a), padre o madre que padezca de una enfermedad grave

(Nota: Si usted cree que será difícil para el investigador ubicar el establecimiento, favor de dar instrucciones o proveer un mapa.)

Demanda tomada por:

Declaración de carga pública

Estimamos que toma 20 minutos para llenar esta planilla informativa, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, investigar las existentes fuentes informativas, coleccionar y manejar la información necesaria, y completar y repasar la información coleccionada. Mande sus comentarios sobre esta declaración de carga pública o cualquier otro aspecto de esta colección de información, incluyendo sus sugerencias para reducir la carga, al Ministerio de Trabajo-U.S. Department of Labor, Administrator, Wage and Hour Division, Room S3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington D.C. 20210. **NO ENVIE EL FORMULARIO COMPLETO A ESTA OFICINA.**